

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o 245

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NGUYÊN-TRUNG-Nam

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 18 mai 1909, à An-Hôï Vinh-Long (Cochinchine)

LES FAUX HÉMI-UTÉRUS

(PAR AMPUTATION ANNEXIELLE SPONTANÉE)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NGUYÊN-TRUNG-Nam

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 18 mai 1909, à An-Hôi Vinh-Long (Cochinchine)

LES FAUX HÉMI-UTÉRUS

(PAR AMPUTATION ANNEXIELLE SPONTANÉE)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939



DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIERS.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HASARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physiologie.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET.	}
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			
	Clinique médicale.		Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE.	}
METZGER.	
	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.*

A MA FEMME

A MON ENFANT

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MA BELLE-FAMILLE

AUX MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*En hommage de ma respectueuse grati-
tude.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR LOUIS CLEISZ

Accoucheur de l'Hôpital La Pitié

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail et a
bien voulu me guider dans les recherches.*

*En témoignage de mon respectueux attachement
et de ma profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR MICHEL DENIKER

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

A MON MAITRE LE PROFESSEUR CHARLES LAUBRY

Médecin de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE LE DOCTEUR CHARLES FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MON MAITRE LE DOCTEUR A. TOURAINE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MON MAITRE LE DOCTEUR ROBERT MADURO

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Cochin

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

Externat :

1934-1935. MONSIEUR LE DOCTEUR DENIKER

1935-1936. MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN

1936-1937. MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

1937-1938. MONSIEUR LE DOCTEUR CLEISZ

MONSIEUR LE DOCTEUR MADURO

LES FAUX HÉMI-UTÉRUS

Introduction.

C'est à propos de deux cas personnels que notre Maître, Monsieur le Docteur Cleisz, nous suggéra l'idée de notre thèse avec, pour titre: « Les Faux Hémi-utérus ». Désignant ainsi les utérus qu'une absence complète d'annexes, trompe et ovaire, d'un côté, peut faire prendre de prime-abord pour des hémi-utérus par malformation congénitale.

La thèse du Docteur Vasseur, inspirée par le Professeur J.-L. Faure (thèse de Paris, 1927), portant sur « les amputations spontanées de la trompe et du pédicule de l'ovaire », et le remarquable article du Docteur J.-G. Regad sur : « L'absence unilatérale des annexes et les amputations par torsion » (voir Bibliographie, p.52) nous ont inspiré dans notre étude et guidé dans nos conclusions.

Notre but est d'essayer de prouver que certains cas d'absence annexielle d'un côté, interprétés comme des cas de malformations congénitales des annexes, peuvent être considérés comme des cas d'amputation spontanée par torsion, cas que nous proposons de désigner sous le nom de faux hémi-utérus.

OBSERVATION 1 (Inédite) *D^r Cleisz.*

M^{me} Th..., 31 ans, 2^e-pare : première grossesse en 1922, accouchement normal, enfant vivant ; deuxième grossesse en 1933. L'enfant meurt à la fin du huitième mois.

La femme entre en maison de santé avec un état de rétention datant de six semaines.

Le 19 juin 1933, mise en place d'une sonde dans le col et tentative de provocation du travail par des piqûres d'hypophyse et l'administration de quinine. Le soir, frisson et 38°2. On retire la sonde ; les douleurs qui avaient bien commencé s'arrêtent.

Le 24 juin, rupture spontanée des membranes. Le col est largement perméable. Hypophyse ; les douleurs s'installent mal. Le soir, mise en place d'un ballon de Champetier ; celui-ci crève la nuit.

Le matin du 25, gros œdème du col ; contractions médiocres et irrégulières ; dilatation entre 2 fr. et 5 fr. ; température 37°5.

On décide d'intervenir :

Laparotomie sous et sus-ombilicale ; utérus complètement recouvert d'épiploon adhérent ; extériorisation laborieuse qui ne peut être achevée qu'après une véritable dissection à la compresse et aux ciseaux d'adhérences intimes entre une anse grêle et la partie basse de la face postérieure de l'utérus.

Pas trace d'annexes du côté droit ; ni trompe ni ovaire, mais présence du ligament rond du même côté.

Section du fond de l'utérus pour évacuer son contenu ; iodage de la cavité ; fermeture de la section avec une

série de pinces de Museux qui servirent de tracteurs, et hystérectomie.

Difficulté d'hémostase au niveau du pédicule utérin droit et au niveau de la face postérieure cruentée du moignon cervical.

Aucune trace des annexes droites manquantes.

Péritonisation partielle. Mikulicz.

Poids de l'enfant mort 2.850, placenta 380.

Suite presque apyrétique.

A l'interrogatoire : La malade affirme n'avoir subi aucun traitement ni opération gynécologique par voie vaginale. Elle ne se rappelait pas, d'autre part, avoir présenté à aucun moment de son existence un syndrome douloureux abdominal.

OBSERVATION 2 (Inédite) *D^r Cleisz.*

M^{me} Dup..., 33 ans, quatrième pare, a accouché trois fois rapidement et normalement.

Entrée à la Pitié dans la nuit du 3 au 4 octobre 1938 pour rupture de la poche des eaux, mais sans douleurs. La femme est examinée le matin du 4 octobre par l'interne qui trouve un fœtus en situation transversale avec une dilatation de 2 francs et des douleurs toutes les cinq minutes. On fait de la morphine.

A mon arrivée, je trouve un fœtus disposé en V avec tête dans le flanc droit ; siège au niveau du creux épigastrique.

La totalité du bras est accessible au toucher.

Enfant vivant.

A cause de l'état de contracture utérine, on décide

d'intervenir par voie haute et de terminer pour plus de sécurité par une hystérectomie (poche des eaux rompue depuis douze heures).

Laparotomie sous et un peu sus-ombilicale.

Extériorisation de l'utérus : incision du fond.

Extraction d'un fœtus facilement ranimé.

Poids 2.480. Placenta 570.

Hystérectomie avec conservation des annexes droites.

Il n'y avait pas trace des annexes gauches, ni trompe ni ovaire.

Pas de moignon tubaire sur la corne utérine qui est bien formée. Mais présence d'un ligament rond gauche.

Suites opératoires normales.

A l'interrogatoire de la patiente, on ne trouve aucun antécédent gynécologique infectieux.

Elle dit seulement avoir presque toujours souffert au moment des règles et à peu près uniquement du côté gauche, et cela depuis sa puberté.

Pas de température lors de ces douleurs ; les règles étaient toujours de longue durée (huit jours) et abondantes.

Dans ces deux observations on serait tout d'abord tenté de penser à des hémi-utérus par malformation congénitale. Mais la constatation de cornes utérines développées normalement et symétriquement, avec musculature apparemment normale, et l'existence d'un ligament rond du côté privé d'annexes, permettent de penser qu'il s'agit plutôt d'amputation annexielle complète, sans traces résiduelles des annexes amputées, véritable faux hémi-utérus.



Bien différents sont les hémi-utérus vrai ou « utérus unicorues », comme nous allons le voir dans les observations suivantes :

OBSERVATION 1

(Rapportée par les D^{rs} Bonnaire et Durante
à la Société anatomique de Paris).

Un cas de trompe de Fallope abdominale indépendante de l'utérus.

« Il s'agit d'une anomalie du développement portant
« sur le canal de Müller et en même temps sur le canal
« de Wolf.

« L'utérus est unicorne, la trompe du côté de cette
« anomalie est absente et a conservé son siège embryon-
« naire lombaire ; elle est représentée par un cordon
« intrapéritonéal longeant la cavité pelvienne et remon-
« tant jusqu'aux dernières côtes. Elle présente un pa-
« villon en forme d'extrémité frangée, elle est bordée en
« un point par un organe blanchâtre qui semble être
« l'ovaire. L'examen histologique a du reste montré dans
« cet organe quelques rares ovules ; des corps jaunes
« prouvent qu'il a fonctionné. Le rein du côté corres-
« pondant manque. »

OBSERVATION 2. — *Malformation utérine-hémi-utérus droit en ectopie sous-cæcale*, rapportée par MM. Emile Delanney, R. Démarez et H. Bédrine.

M^{lle} C..., 43 ans, nous est adressée par le D^r Moraux (d'Hautmont) pour une tumeur de la fosse iliaque droite.

Cette tumeur a été constatée par la malade elle-même, il y a un an environ, au moment d'une période menstruelle. Elle était le siège de douleurs extrêmement violentes, localisées dans la fosse iliaque droite, irradiées vers les lombes et la cuisse droite. Une fois les règles terminées, les douleurs cessent, la tumeur diminue légèrement de volume et les mêmes phénomènes réapparaissent aux règles suivantes. De temps en temps, les douleurs s'accompagnent de nausées ou de vomissements.

Au cours d'un examen pratiqué en pleine crise, son médecin constate « en palpant la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'un œuf, allongée un peu en dehors et au-dessous du point de Mac Burney ; au toucher vaginal il ne semble pas qu'elle fasse corps avec l'utérus. Au cours de cette crise le ventre était souple et non ballonné ; la température à 37°4 ; le pouls à 80 régulier, bien frappé ; la langue normale ».

L'examen radiologique (D^r Lapchin), après repas baryté, montre une ombre tumorale refoulant et déformant le bas-fond du cæcum et paraissant à la palpation sous écran indépendant de lui ; pas de stase iléale au delà de la dixième heure. Cet examen concluait au *kyste de l'ovaire*.

Dans les antécédents de cette malade, il faut signaler deux faits particulièrement intéressants. D'une part, de-

puis les premières menstrues survenues à l'âge de 12 ans les règles ont été régulières, normales comme quantité et qualité, durant deux à trois jours, mais ont toujours été *extrêmement douloureuses avec maximum du côté droit*. D'autre part, il existe une *incontinence congénitale des matières fécales*.

L'examen physique montre que l'état général est bon, que l'abdomen n'est pas augmenté de volume. Dans la fosse iliaque droite, à sa partie interne, on découvre aisément la tumeur, du volume d'une orange moyenne, à peine mobile de bas en haut, et complètement fixe dans le sens latéral. Elle est dure, régulière et douloureuse, sonore à la percussion superficielle, submate à la percussion profonde, donc recouverte par l'intestin.

L'exploration des organes génitaux montre :

1° l'existence d'un anus vulvaire qui explique l'incontinence congénitale des matières ;

2° le col est tout petit ; perdu au fond d'un vagin infundibuliforme ; il nous faut le chercher avec beaucoup de soins pour le trouver.

Le corps utérin est également petit et infantile, et on sent facilement les annexes gauches. A droite, les annexes ne sont pas perçues, et la tumeur abdominale très haut placée par rapport à l'utérus paraît tout à fait indépendante.

Nos investigations ne permettent pas de poser un diagnostic ferme. Le kyste de l'ovaire tordu n'est pas invraisemblable ; l'hématocèle intraligamentaire non plus, bien que la malade nie tout rapport sexuel. Mais le caractère infantile de l'utérus, col et corps, la notion de douleurs nettement localisée à droite et survenant uniquement pendant la période menstruelle, enfin l'exis-

tence d'une malformation ano-rectale, nous inclinent à penser à une anomalie des annexes droites : hématométrie dans un héli-utérus, hématosalpinx congénital.

Au surplus, ce diagnostic ne présente qu'un intérêt spéculatif, la malade réclamant à cor et à cris l'intervention qui la débarrassera de sa tumeur qui l'inquiète et des douleurs qui la martyrisent.

Intervention sous anesthésie au Schleich, le 24 mars 1938.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès le refoulement des anses grêles, une chose nous frappe, c'est le volume du haut rectum qui emplit complètement le petit bassin ; il présente une paroi musculaire très épaisse, la striation longitudinale est extraordinairement apparente. Sur la ligne médiane, il n'y a pas d'utérus et pas de cul-de-sac de Douglas. Il existe un cul-de-sac vésico-rectal très peu profond. A gauche, on trouve un utérus très petit avec des annexes normales et un gros ovaire sans altérations macroscopiques visibles. A droite, au niveau du détroit supérieur, débordant vers la fosse iliaque, soulevant le bas-fond cæcal, on découvre une tumeur qui a tout à fait l'aspect d'un utérus normal, un peu globuleux à l'angle supérieur droit, s'insère un cordon très épais, qui se dirige vers la fossette inguinale et qui n'est autre que le ligament rond, mais combien hypertrophié. Toute la face antérieure et le fond de cet utérus sont libres ; la face postérieure est adhérente à une tuméfaction du volume d'une mandarine, bosselée, microkystique, fixée au péritoine pelvien devant la bifurcation de l'iliaque primitive.

On entreprend prudemment la libération de cette double masse, en arrière de laquelle passe l'uretère droit

qu'on dégage jusqu'à la vessie. En cours de route, on rencontre la crosse de l'artère utérine droite qui aborde l'hémi-utérus par son pôle inférieur. A ce niveau, s'implante un cordon blanchâtre, des dimensions d'une plume d'oie, parallèle à l'uretère, interne par rapport à lui, qui vient se perdre sur le dôme vaginal.

Après un examen approfondi et des hésitations qu'on comprendra, il nous semble qu'il doit s'agir d'un reste de canal de Müller. Au cours du dégagement de la masse rétro-utérine, on rompt plusieurs des kystes qui la constituent : kystes à contenu hématique de coloration chocolat. Le tout enfin libéré est enlevé ; il n'est posé que deux ligatures sur l'utérus et le ligament rond, mais la zone d'adhérences, assez importante, saigne en nappe. Un drain est laissé au contact et on péritonise aussi parfaitement que possible, non sans avoir au préalable complété l'intervention par l'ablation de l'hémiutérus et des annexes gauches. Les suites opératoires ont été très pénibles. Ablation du drain le deuxième jour et guérison sans incidents.

Des prélèvements ont été effectués en divers points de la pièce opératoire, suivant repères ci-joints, et soumis à l'inclusion en vue d'un examen histologique :

- a) fragment *a*, cavité la plus spacieuse ;
- b) fragment *b*, cavité accessoire ;
- c) fragment *c*, zone d'aspect bigarré et dont l'aspect macroscopique simulait assez bien celui d'un ovaire.

a) Le fragment prélevé en ce point présente une intrication de fibres musculaires lisses bordées en dedans par

une muqueuse ayant tous les caractères de la muqueuse utérine.

b) Cette portion est constituée en majeure partie de fibres musculaires lisses ; nous n'y avons pas trouvé de glandes et nous ne savons de ce fait s'il s'agit d'un utérus ou d'une trompe. Cependant l'épaisseur de cette paroi nous fait opter pour la première hypothèse.

c) Cette zone ne possède histologiquement aucun des caractères du tissu ovarien : elle est également formée de fibres musculaires et de glandes du myomètre.

d) Ce quatrième fragment représente le canal d'union inséré au pôle inférieur de la tumeur et a été inclus en totalité. Sa paroi est riche en fibres lisses et la pièce est centrée par une lumière, revêtue d'une muqueuse d'allure myométriale ; il s'agit incontestablement d'un vestige de la partie basse du canal de Muller comprise entre les formations ectopiques et le dôme vaginal.

Que sont devenus la trompe et l'ovaire du côté rudimentaire ?

Il est assez fréquent, dans les malformations de cette nature, que la trompe soit atrophiée ou réduite à l'état d'un cordon plein. Nous n'avons pu identifier avec certitude aucun vestige qui puisse correspondre à cela. Quant à l'ovaire, il est souvent en situation ectopique ; aussi ne fûmes-nous pas étonnés qu'il ne fit pas partie de la pièce opératoire. L'autre hémiutérus est petit, atrophique, mais bien conformé. La trompe et l'ovaire sont normaux ; à la coupe, on note la présence d'un corps jaune hémorragique.

Dans quelle catégorie classer ce type de malformation ? La description que nous en avons donnée nous autorise

à conclure à un cas d'utérus double asymétrique, avec une corne ectopique et une corne infantile. Un tel type de malformation n'est pas absolument exceptionnel. Pas exceptionnel non plus la disposition que nous avons notée d'un cordon plein unissant l'hémiutérus gauche de type infantile à la corne droite ectopique. Un tel pédicule, vestige d'un canal de Müller partiellement atré-sié, s'insère habituellement au niveau de l'orifice interne du col de l'hémiutérus demeuré en position normale. Ce peut être un véritable canal, dans 15 % des cas, selon une statistique de Kehrer, qui porte sur 82 cas ; le plus souvent, il est imperforé, 135 fois sur 150 d'après Blondet (Thèse 1920).

L'intérêt de notre observation est surtout d'ordre physio-pathologique.

Les poussées douloureuses menstruelles de notre malade étaient en rapport avec une véritable hématométrie de la corne ectopique. La coexistence d'une malformation externe, anus vulvaire, devait nous mettre sur la voie du diagnostic d'une malformation génitale.

Au point de vue chirurgical, on conçoit qu'une telle intervention soit d'une technique particulièrement délicate. Les rapports se trouvent modifiés et l'on doit toujours redouter la coexistence d'une anomalie de position de l'uretère. C'est ce qui nous avait fait hésiter un moment avant de couper le vestige du canal de Müller qui s'insérerait au pôle inférieur de la masse sous-cæcale. On doit savoir, en effet, que les blessures accidentelles de l'uretère au cours de telles interventions sont plus fréquentes encore que dans l'opération de Wertheim.

OBSERVATION 3 (Service du D^r Cleisz).

M^{me} B..., 27 ans, a été réglée à l'âge de 13 ans et toujours normalement depuis. Mariée à 26 ans, en 1937. A fait une fausse couche au début de 1937.

A été opérée le 2 décembre 1937 avec le diagnostic de hernie inguinale gauche et kyste de l'ovaire droit. Au cours de l'intervention, on a trouvé :

Un petit utérus plaqué à droite, des annexes droites normales. Du bord gauche du corps utérin, à la partie moyenne, part un canal de Müller ayant l'aspect d'un ligament rond, qui rejoint un héli-utérus contenu dans le sac herniaire ; de cet héli-utérus partent une trompe et un ovaire gauche contenus dans le canal inguinal.

Le chirurgien a enlevé l'héli-appareil génital gauche.

Cinq mois après cette intervention, la femme a fait une deuxième grossesse que nous avons eu l'occasion de suivre jusqu'à l'accouchement à terme.

L'examen somatique n'avait révélé chez cette femme aucune autre malformation congénitale vraie. Seuls un léger strabisme divergent intermittent et une faible exagération de la concavité de la voûte palatine.

La femme a eu une grossesse normale. L'utérus s'est développé régulièrement avec l'aspect d'un utérus normal. Elle est arrivée à terme le 10 décembre 1938. L'examen montre alors un excès de liquide. Il n'y a pas d'atrésie vaginale mais, étant donné l'état de cet héli-utérus, le D^r Cleisz a posé l'indication du forceps. Le 11 décembre, après un travail très long, des contractions utérines irrégulières et de faible intensité, la dilatation est à peu près complète après plus de trente-deux heures

de travail ; on note un léger œdème du col ; infection ovulaire. On applique les forceps : enfant vivant, pesant 3.020 grammes, placenta de 510 grammes. Un peu de température pendant quelques jours, puis, suites de couches normales.

OBSERVATION 4 (Rapportée par MM. Cabanes et Jahier,
sur un cas d'*utérus unicorne congénital*).

M^{me} C..., réglée à 13 ans, a toujours souffert pour avoir ses règles. Les douleurs étaient contemporaines de l'écoulement du sang toujours mêlé de caillots et revêtaient le type de coliques utérines.

Mariée à 22 ans, la première grossesse se fait attendre dix-huit mois et évolue assez péniblement. Le ventre est toujours douloureux, les régions sacro-lombaires sont péniblement tiraillées.

A six mois et demi de grossesse, l'utérus se présente allongé verticalement et un peu cylindrique comme le sont les utérus infantiles pendant leur première gestation. C'est d'ailleurs le diagnostic qui fut alors porté.

A huit mois de grossesse, brusquement se produit une hémorragie nocturne de la plus haute gravité immédiate : la malade est littéralement saignée à blanc. L'examen obstétrical permet de reconnaître un col dans toute sa longueur, un segment inférieur à peine ébauché.

Comme, d'une part, l'enfant est vivant et viable, et que, d'autre part, la mère ne pourrait résister à une autre hémorragie, nous avons pratiqué, après avoir remonté la malade, une opération césarienne basse qui porta, d'ailleurs, autant sur le corps utérin que sur le segment inférieur.

Extraction d'un enfant vivant de 1.800 grammes qui mourut au bout de quelques jours. Suites normales.

L'année suivante, accouchement près du terme d'un enfant de 2 kgr. 700, accouchement tout à fait normal, mais un peu long par contractions insuffisantes.

Deux ans après, évolution d'une troisième grossesse. Vers quatre mois, hydro-hématorrhée déciduale qui dura un mois environ et à huit mois et demi hémorragie grave, liée à un placenta prævia. Rupture large des membranes et accouchement spontané d'un enfant vivant. Le placenta est particulièrement étalé et adhérent : il a fallu attendre une heure et demie pour qu'il se décolle.

Deux ans après, évolution d'une quatrième grossesse : à cinq mois, perte d'une quantité importante de liquide amniotique. Repos au lit. Désinfection et, à huit mois, hémorragie abondante comme à la troisième grossesse ; rupture large des membranes, accouchement spontané. Délivrance artificielle pour troubles du décollement placentaire.

A la cinquième grossesse, survenue trois ans après, l'évolution fut normale jusqu'à la délivrance, mais alors nous avons assisté à une hémorragie très abondante, ayant nécessité une délivrance artificielle particulièrement pénible à cause des adhérences utéro-placentaires et de l'inertie utérine qui ne céda qu'à l'injection intra-veineuse d'hypophyse.

Trois ans plus tard, apparition d'une ulcération dure, saignante, de la commissure gauche du col.

Biopsie : épithélioma à globes cornés.

M. Cabanes pratique alors, selon sa technique, une hystérectomie élargie avec mise en place de radium dans les zones décollées. Suites parfaites.

A l'examen de la pièce opératoire, l'utérus enlevé avec les ligaments et le tissu cellulaire péri-utérin montre l'absence des annexes gauches. Il n'existe pas un reliquat si petit soit-il qu'aurait laissé une amputation des trompes après torsion. Et non plus la moindre parcelle de tissu ovarien reconnaissable. La structure musculaire de l'utérus montre qu'il est formé aux dépens d'un demi-utérus et que dans le bord gauche l'épaisseur en est diminuée. C'est l'aspect typique de l'utérus unicolore. Il ne semble pas y avoir ailleurs d'autres malformations, même aux dépens de l'appareil urinaire. Le rein gauche existe, il est facilement palpable chez cette multipare à la paroi abdominale flasque : il n'a d'ailleurs jamais été douloureux.

En somme, cet utérus s'est toujours comporté comme insuffisant par la quantité et aussi la qualité de son tissu musculaire.

Règles toujours douloureuses avec caillots, par troubles à l'évacuation du sang menstruel et aussi, vraisemblablement, par mauvaise évolution de la muqueuse utérine.

Le nombre et la répétition des adhérences du placenta chez cette jeune femme ne sont explicables que par la mauvaise qualité des tissus utérins.

L'hydro-hématorrhée déciduale, au cours d'une grossesse, la rupture d'un sac amnio-chorial relève de l'endométrite et les adhérences anormales entre le placenta et la paroi utérine, complication à répétition chez elle, signent le mauvais terrain. Le placenta accreta de la dernière gestation a été l'aboutissant de tous ces traumatismes.

Cette histoire n'est pas pour nous étonner, car nous

savons que le fonctionnement de tous les utérus malformés se résume en une accumulation de dystocies et d'anomalies au cours de l'accouchement.

Comme nous venons de le voir, nos deux cas personnels diffèrent totalement des héli-utérus par malformation congénitale.

D'une part, morphologiquement : ces utérus ont deux cornes utérines bien développées, et présentent un ligament rond du côté amputé.

D'autre part, physiologiquement : ces utérus se comportent d'une façon normale du point de vue musculaire : bonnes contractions au moment de l'accouchement.

Nous sommes donc bien en présence de 2 cas de faux héli-utérus.

Ceci étant posé, quelle peut être la pathogénie de cette absence annexielle totale ?

Deux hypothèses se présentent :

1^o s'agit-il d'une absence congénitale des annexes ?

2^o ou au contraire sommes-nous en présence d'une amputation annexielle spontanée ?

Après l'étude de nos deux observations il semble que l'on puisse noter en faveur d'une amputation spontanée des annexes la présence d'adhérences de l'épiploon et de l'anse grêle de l'utérus dans notre première observation ; et dans la deuxième observation, l'apparition des douleurs au moment des règles depuis l'âge de la puberté.

Nous discuterons l'hypothèse d'une malformation

congénitale des annexes après avoir fait une étude complète de la question.

*
*

Les amputations annexielles spontanées.

C'est à Luys que revient le mérite de la première observation d'une amputation de la trompe, bien avant qu'il fût question d'une torsion. Il publia, en effet, à la *Société d'Anatomie de Paris* en 1885 l'observation d'« un kyste trouvé libre et détaché dans la cavité péritonéale ». (Il s'agirait d'une tumeur primitivement formée aux dépens des franges de l'une des trompes utérines. En effet, la trompe d'un côté est incomplète et du côté opposé présente un petit kyste tout à fait analogue à celui qui est libre dans l'abdomen.)

Le principal mémoire sur la question est dû à Ogereck, qui en rapporte 97 cas. Cet auteur, discutant la pathogénie des amputations spontanées, élimine la possibilité de malformations congénitales, l'absence partielle d'une annexe s'accompagnant toujours d'autres malformations de l'appareil génital.

En 1924, parut dans le *Zent. für gyn.* un article de Heintz-Künstner.

En 1925, Michon et Comte publièrent un cas d'amputation par torsion.

Puis, en 1927, J.-L. Faure inspira la thèse de Vasseur.

Citons encore, dans la littérature récente, les travaux de Mériel et Gynesty, Jayle, J.-L. Faure, Caraven, Cotte, Michon, Funck-Brentano, et plus récemment, un article de M. Regad.

PATHOGÉNIE.

Comment se fait l'amputation spontanée des annexes ?

Deux explications ont été données : la torsion et l'élongation.

I. — *La torsion.*

De nombreuses observations ont prouvé son existence (torsion des kystes et des salpingites) (Delbet).

Regad l'a réalisée expérimentalement, que la trompe soit kystique ou saine antérieurement et que l'ovaire participe ou non à la torsion. Dans ce cas la striction torsionnelle est assez accentuée pour aboutir à la nécrose complète du pédicule et à sa section qui libérera l'extrémité distale de l'organe. Dès le début des accidents et progressivement l'étranglement du pédicule s'exagère par suite de l'œdème distal et les circulations veineuses puis artérielles sont interrompues. Le pédicule violacé devient feuille morte, friable et se déchire sous l'influence d'une cause minime.

Cette torsion est d'autant plus vraisemblable qu'il existe une masse en dehors : kystes ovariens (plus souvent dermoïdes que mucoïdes) (Thèse de Vasseur).

Tantôt l'ovaire est sain mais la trompe (ampoule et

pavillon) forme une grosse masse, reliquat probable d'une salpingite (observation de Jayle).

D'autres fois, la torsion est due à une tumeur solide de l'ovaire. Potvin, de Bruxelles, a rapporté un cas de sarcome de l'ovaire très volumineux dans lequel la torsion de la tumeur avait abouti à l'amputation spontanée du pédicule. Les causes déterminantes sont les mêmes que celles de la torsion des kystes.

Dans l'observation de Caraven et Moreau Van Bogaert, l'influence de la gestation et de l'accouchement apparaît nettement sur le déclenchement des crises douloureuses.

Dans un cas de Chalot c'est après une ponction d'ascite qu'est apparue la torsion.

Pourquoi l'ovaire entraîne-t-il souvent une partie de la trompe ? Parce que, pratiquement, la trompe fait partie du pédicule des kystes ovariens. Dans les interventions sur les torsions des kystes on constate souvent la torsion non seulement des ligaments de l'ovaire, mais aussi de la trompe et du mésosalpinx.

En ce qui concerne les pédicules ovariens constitués uniquement par les ligaments de l'ovaire, le mécanisme est simple.

Dans le cas de torsion d'organes sains il faut chercher la cause de la torsion dans la forme de l'organe, la disposition, la longueur des ligaments de l'ovaire, la longueur et la flexuosité de la trompe. Peut-être faut-il invoquer les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de la trompe ? Peut-être aussi un

trouble de la circulation au niveau des artères des pédicules, diminuant la résistance de la trompe.

II. — *L'élongation.*

Dans les observations il est souvent question, au cours de la description des pièces anatomiques, de tractus cicatriciels, de cordon long, effilé, exsangue, s'étendant de l'ovaire à l'utérus. Ce cordon n'est que le reliquat de la trompe qui, par suite de tractions exercées entre l'utérus, d'une part, et l'ovaire ayant contracté des adhérences à la paroi, d'autre part, a été étiré.

L'insuffisance d'irrigation de la trompe, jointe à son étirement par un ovaire adhérent soit à la paroi, soit à un organe mobile : intestin, épiploon, peut expliquer son atrophie, sa réduction à un mince cordon, et, à un degré extrême, son amputation. (Cas de Pozzi où les accidents occasionnés par torsion progressive du pédicule, avaient été produits par sa seule élongation exagérée, ayant succédé à une grossesse pendant laquelle le kyste avait contracté des adhérences à la partie haute de l'abdomen).

III. — *Association de la torsion et de l'élongation.*

Le plus souvent, les deux mécanismes torsion et élongation se combinent.

IV. — *Cas de pathogénie obscure.*

Dans certains cas, enfin, la pathogénie de l'amputation spontanée de la trompe et du pédicule de l'ovaire reste obscure. Peut-être peut-on penser, dans certains de ces cas, à une thrombose artérielle au cours d'une apoplexie utérine partielle ? à une infection nécrosante localisée ?

ETUDE CLINIQUE.

Des antécédents pathologiques des malades on ne peut pas déduire de symptomatologie propre à l'amputation spontanée des annexes.

Dans le cas de kystes ovariens, si le pédicule vient à se tordre ou à se rompre brusquement, la symptomatologie est celle des torsions de kystes, dont les causes déterminantes sont les mêmes : gestation, accouchement, traumatisme, mais qui, comme pour les kystes, peuvent manquer ou passer inaperçues.

Cette symptomatologie est faite de douleurs aiguës d'apparition soudaine, avec vomissements, contractions abdominales, pouls rapide. La durée et l'évolution sont variables ; mais généralement, même sans intervention, une amélioration apparaît rapidement.

Parfois, le début est progressif par des douleurs, nausées, avec accalmie passagère et reprise après un intervalle plus ou moins long ; cette évolution répond à des torsions incomplètes, mais répétées aboutissant à la rupture du pédicule ou de la trompe.

Dans d'autres cas, l'amputation de la trompe ne se manifeste que par des symptômes vagues, des douleurs annexielles comme dans les cas de Jayle et de Mériel et Gynesty.

La symptomatologie peut être encore celle d'une appendicite (cas de Regad) et c'est à l'intervention que l'on constate l'amputation tubaire.

Parfois, l'amputation remonte à une période si reculée de la vie de la femme que celle-ci n'a gardé aucun souvenir des manifestations cliniques qui ont pu l'accompagner.

Aucune observation ne mentionne la terminaison par la mort de l'évolution de l'amputation spontanée des annexes ; l'intervention ne fut jamais pratiquée après la première crise douloureuse et c'est souvent de longues années plus tard, pour un autre motif (torsion du kyste ovarien du côté opposé, fibrome utérin, torsion du nouveau pédicule de fixation des annexes amputées), que l'opération fut pratiquée et c'est l'examen direct qui révéla alors l'amputation.

Le diagnostic clinique est pratiquement impossible. Deux éventualités sont, en effet, à envisager :

1^o On se trouve en présence d'une crise abdominale aiguë :

- a) si la présence du kyste est déjà connue, le diagnostic de torsion s'impose et devrait être suivi de laparotomie immédiate ;
- b) si la présence du kyste est ignorée, et si l'examen clinique ne permet pas de le percevoir

ce moment (à cause de la défense de la paroi et de la douleur) c'est le diagnostic de tous les grands syndromes douloureux abdominaux (appendicite, salpingite, colique hépatique, etc.) qui sera posé et suivi ou non d'intervention ;

2^o Une laparotomie est décidée en dehors de tout syndrome abdominal aigu (fibrome, cancer, césarienne) l'amputation annexielle sera alors une découverte faite au cours de l'opération.

Destinée des annexes libérées de leurs attaches normales.

Trois éventualités peuvent s'observer :

A. — PREMIÈRE CATÉGORIE DE FAITS : *le fragment séparé reste au voisinage de l'amputation, sur le sommet du ligament large.* Ici, la simple solution de continuité permet de conclure facilement à une amputation spontanée.

Les trois observations suivantes sont des exemples typiques de ces cas :

OBSERVATION 1 (de Mériel et Gynesty).

Ces auteurs ont observé une amputation spontanée de la trompe après rupture d'une torsion pédiculaire droite, suivie de la greffe du segment tubo-ovarien libéré sur le sommet du ligament large et le péritoine pariétal. Ils terminèrent l'intervention par une hystérectomie à cause d'une salpingite gauche coexistante.

OBSERVATION 2 (de Jayle).

Amputation spontanée de la trompe gauche environ à l'union du tiers interne et des deux tiers externes.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, à passé pelvien douloureux : quelques crises de pelvi-péritonite.

On pratique une hystérectomie abdominale totale. On trouve de nombreuses adhérences entre l'utérus et le rectum ; le ligament utéro-sacré est très scléreux.

Description de la pièce opératoire : utérus en légère rétroflexion, de volume normal. Sur la moitié inférieure de la face postérieure, des traces de nombreuses adhérences anciennes.

A la corne utérine gauche est appendu un moignon tubaire long de 2 à 3 centimètres, de la grosseur d'un crayon. Ce rudiment de trompe est rattaché normalement au ligament large. Son extrémité arrondie ne présente pas d'orifice apparent.

Les ligaments, rond et utéro-ovarien, sont normaux. Ovaire en position normale. Au-dessus et en dehors de lui se trouve une masse oblongue constituée par l'extrémité externe de la trompe augmentée de volume en raison d'anciennes lésions de salpingite.

Ce segment tubaire, séparé du moignon, adhère au ligament large qui n'a été sectionné qu'à sa partie supérieure.

La trompe droite n'offre aucune solution de continuité mais, à deux centimètres de l'utérus, elle devient flexueuse, se tord sur elle-même, s'amincit pour se continuer avec la partie externe de la trompe.

Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est

l'amputation de la trompe gauche seule, alors que l'ovaire gauche reste en place normale.

D'autre part, l'amorce d'une torsion de la trompe droite, qui indique ici un des stades de la torsion.

OBSERVATION 3 (du D^r Regad.)

M^{me} M. F..., 34 ans, vue en avril 1933, pour métrorragies et douleurs lombaires. Elle n'a pas de passé pathologique important dans son enfance, à part une rougeole à 10 ans. Réglée à 12 ans et régulièrement depuis.

Mariée à 19 ans. Deux enfants, les troisième et quatrième années de son mariage, suivis d'une fausse-couche spontanée à 26 ans. Pas d'accidents infectieux à signaler à ces occasions. Pas d'épisode de vagino-cystite ni de leucorrhée.

A 27 ans, elle signale une crise abdominale aiguë, très violente, localisée à la fosse iliaque droite, s'étant accompagnée de phénomènes syncopaux dramatiques pendant deux jours, de vomissements et d'une élévation de température à 38°5 le deuxième jour. La malade, à cette occasion garde le lit avec de la glace et ne se leva qu'après cessation complète des douleurs, au bout d'un mois et demi.

Un diagnostic d'appendicite avait été porté mais elle avait refusé catégoriquement toute intervention.

Il y eut, après cet épisode, une aménorrhée transitoire de deux mois, puis les règles reprirent leur cours normal.

Depuis ce temps, la malade souffre parfois du côté droit du pelvis, avec irradiations lombaires. Ces dou-

leurs lombaires sont d'ailleurs de plus en plus fréquentes, principalement au moment des efforts et depuis un an elle ne peut plus supporter la station debout prolongée ni faire de la bicyclette comme auparavant. Disparition légère.

Sont à signaler en outre quelques troubles gastriques, consistant en douleurs épigastriques post-prandiales, état nauséux fréquent ayant amené une petite restriction alimentaire et un léger amaigrissement.

Le toucher vaginal pratiqué nous montre alors un utérus complètement rétrofléchi et rétroversé, bombant dans le Douglas, le col regardant franchement en avant ; le fond semble légèrement déporté du côté droit, tandis que, dans la partie gauche du cul-de-sac postérieur, nous percevons un ovaire prolabé, écrasé par l'utérus et particulièrement douloureux à la pression. Les autres culs-de-sac sont libres. Nous portons donc le diagnostic de rétroversion douloureuse avec rétroflexion utérine et prolapsus ovarien gauche.

L'intervention est acceptée par la malade.

Intervention le 14 avril 1933 : Incision de Pfannenstiel bas. Il existe un peu de liquide séreux dans l'abdomen. L'exploration du pelvis nous permet de vérifier la rétroversion ainsi que le prolapsus de l'ovaire gauche sclérokystique et que nous réduisons immédiatement. Notre attention se porte alors sur les annexes droites qui sont absentes à notre grand étonnement. Il ne persiste, au niveau de l'utérus par ailleurs normal, qu'un moignon tubaire de trois centimètres de long, se terminant sans pavillon comme un appendice et venant se coller à droite contre l'épiploon très fortement adhérent en arrière de la base du ligament large. L'ovaire n'existe pas à sa place

normale et le ligament utéro-ovarien est à peine visible.

Nous décortiquons alors les adhérences épiploïques, ainsi que le grêle dont une anse adhère à cette masse dure et nous découvrons avec peine un petit ovaire fortement atrophique, scléreux, collé à la paroi pelvienne et sur lequel on retrouve les traces de ce qui a dû être le pavillon de la trompe, sous forme d'un cordon rougeâtre, terminé par des franges un peu accolées mais bien reconnaissables. La décortication de l'ensemble est laborieuse, s'accompagne d'une légère hémorragie facilement arrêtée et de l'ouverture du ligament large qu'on ferme par quelques points de suture sur le péritoine pariétal. On résèque un fragment de l'épiploon adhérent. Vérification de l'appendice qui est sain.

L'opération se termine par une résection partielle de l'ovaire gauche scléro-kystique et par une ligamentopexie type Doléris-Pellanda.

Les suites sont simples. Il n'y a pas de modification des règles. Les douleurs pelviennes et les troubles gastriques disparaissent peu à peu. La malade a été revue depuis. L'amélioration s'est maintenue.

L'examen de la pièce nous a montré le reliquat de l'ampoule et du pavillon tubaire avec les caractères signalés. L'ovaire était petit, fortement atrophique, et présentait à la coupe un aspect scléreux et blanchâtre sans kystes ni formations lutéiniques visibles. Il s'agissait sans aucun doute d'un ovaire physiologiquement inutile, mais il n'a pas été fait d'examen histologique et nous le regrettons aujourd'hui.

B. — DEUXIÈME CATÉGORIE DE FAITS, *le fragment lubo-ovarien externe est complètement libéré*, perd temporairement toute attache et va alors se greffer sur l'épiploon avec lequel il contracte des adhérences intimes qui assurent sa vascularisation et la survie du greffon.

Tel est le cas de Caraven, rapporté par Vasseur dans sa thèse.

OBSERVATION 1 (du P^r Caraven, d'Amiens.)

Sur une amputation spontanée des annexes droites, avec greffe ovaro-épiploïque datant de 31 ans.

M^{me} R..., 55 ans, vient consulter pour prolapsus utérin. On trouve un certain degré de cystocèle mais les lésions utéro-annexielles sont au premier plan. On pose le diagnostic de fibrome utérin sous-péritonéal pédiculé.

Intervention chirurgicale le 4 avril 1925. On trouve un kyste de l'ovaire gauche enclavé dans le petit bassin. Extrait, il se rompt entre deux pinces.

A droite, une masse, qui ressemble à un gros ovaire, adhère à l'épiploon et à la partie supérieure du ligament large. La trompe est amputée.

A la suite de cette découverte opératoire, un nouvel interrogatoire de la malade apprend que : mariée à 22 ans 1/2 et ayant eu un enfant un an après, elle eut, quelques mois plus tard, une crise douloureuse extrêmement violente, siégeant à droite, dans le bas-ventre et nécessitant l'immobilisation et le repos au lit. Cette crise aurait duré une journée et aurait été précédée de douleurs vagues, à droite.

A 31 ans et 32 ans, deuxième et troisième accouchement avec douleurs à droites.

Examen de la pièce : La masse trouvée à droite, adhérait à l'épiploon et ressemblait à un gros ovaire — présentant à peu près le volume d'un gros œuf de pigeon — avec, sur sa surface une petite bosselure de la taille d'un gros pois.

Une coupe au rasoir, portant sur les deux masses, montre, pour la plus volumineuse, un kyste contenant du sébum et des poils, à paroi calcifiée. Le petit kyste adjacent au kyste dermoïde a un contenu clair et une paroi mince.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit de kystes nécrobiosés. On ne peut mettre en évidence des cellules épithéliales vivantes et actives.

Le premier de ces kystes est un kyste dermoïde.

Le second, un kyste wolffien.

On n'a pas trouvé trace de parenchyme ovarien. L'extrémité distale de la trompe amputée n'a pas été retrouvée.

Comment explique-t-on cette disparition précoce du fragment tubaire dans le cas de l'observation du Professeur Caraven ?

D'après tous les auteurs qui ont observé des amputations d'annexes (Pozzi, Baumgarten, Hoffmaier, Heurteaux, J.-L. Faure, Jayle, entre autres), la tumeur libérée constitue un corps étranger qui provoque une assez forte réaction du péritoine. Il s'ensuit un épanchement séreux assez abondant. Mais celui-ci peut ne pas se produire si la tumeur contracte des adhérences

avec les organes voisins, et principalement avec l'épiploon, adhérences de plus en plus serrées et dont la richesse vasculaire est grande. « En est-il autrement lorsque le chirurgien, dans un but thérapeutique confie à l'épiploon le soin de faire vivre un fragment ovarien ? » (Regad).

Mais si l'ovaire se greffe facilement à cause de la vitalité puissante de son tissu, il n'en est pas de même du fragment tubaire qui disparaît plus ou moins complètement par résorption dans le péritoine. On remarque que la plupart du temps l'ovaire perd sa fonction très rapidement. Exceptionnellement, il peut survivre en conservant ses fonctions (cas de Moreau Van Bogaert, voir bibliographie).

De même que l'ovaire amputé peut se greffer sur cet épiploon de même peut-on, par exception, voir se greffer sur cet épiploon un kyste ovarien complètement séparé de l'ovaire qui lui a donné naissance.

*Kyste ovarien adhérent à l'épiploon
et libre de ses origines*

(Cleisz, observation inédite.)

M^{me} P..., 32 ans, première grossesse en 1926, accouchement normal, à terme. Deuxième grossesse en 1936, avortement à 3 mois 1/2. Troisième grossesse dont les dernières règles remontent au 15 octobre 1938.

Le 31 décembre 1938, cette femme consulte M. le D^r Cleisz, dans son service, pour des douleurs de la fosse iliaque droite.

A l'examen, on trouve un utérus remontant à mi-chemin de l'ombilic et du pubis sur la ligne médiane, flanqué à droite et en haut d'une petite masse arrondie du volume d'une mandarine effleurant la ligne horizontale, passant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Masse mobile, paraissant franchement indépendante de l'utérus. La femme est hospitalisée pour l'intervention.

Le 10 janvier 1939, deuxième crise douloureuse, plus violente, accompagnée de nausées et arrêt des gaz.

M. Cleisz pense à une ébauche de torsion du kyste. Le 13 janvier 1939, laparotomie sous-ombilicale pour kyste de l'ovaire droit.

Ventre ouvert, on tombe sur un utérus gravidé comme on s'y attendait, mais les trompes et ovaires de chaque côté sont parfaitement normaux.

La femme ayant révélé un passé appendiculaire dont le diagnostic datait de cinq ans, on enlève un appendice petit, non enflammé, simplement coudé sur lui-même et accolé au cæcum par quelques adhérences peu serrées.

Ayant la certitude de l'existence d'une tumeur qui n'est pas retrouvée à l'endroit où l'examen clinique l'avait fait découvrir, on explore l'étage abdominal supérieur et on atteint aisément une grosseur du volume d'une orange, simplement appendue à l'épiploon. Résection sans difficultés, épiploon non inflammatoire. Cette poche contenait un liquide hématique sous tension. A sa surface extérieure il existait deux points ecchymotiques, avec liquide probablement sanglant.

Pièce envoyée à M. Moulonguet pour définir s'il s'agit d'un kyste d'origine épiploïque ou, beaucoup plus probablement, d'un kyste ovarien ayant contracté des adhé-

rences avec l'épiploon et s'étant secondairement séparé de son origine.

Réponse du D^r Moulonguet :

« Il est très difficile d'avoir un diagnostic ferme parce
« que la paroi du kyste est presque entièrement nécro-
« sée. Pour un seul point, on voit une masse de cellules
« qui pourraient passer pour des cellules pavimenteuses
« épidermoïdes, ce qui, par conséquent, indiquerait un
« kyste dermoïde de l'ovaire. En faveur de cette inter-
« prétation, il y a aussi le fait de la présence de nom-
« breux vaisseaux. »

On peut donc considérer ce cas comme un cas de kyste de l'ovaire libéré de ses origines et resté appendu à l'épiploon avec lequel il avait contracté des adhérences.

D'autres fois, les annexes libérées après amputation ne contractent pas suffisamment d'adhérences ; elles s'atrophient et tendent à disparaître : tel est le cas observé par le D^r A. Chalier (*Gynécologie et Obstétrique*, avril 1938).

Une femme de 45 ans, M^{me} P. J..., est adressée au D^r Chalier pour des métrorragies datant de plusieurs mois. Elle a deux enfants âgés respectivement de 18 et 16 ans. Une fausse-couche il y a 12 ans. Rien de spécial à signaler dans ses antécédents personnels. Depuis trois mois elle présente des règles un peu abondantes ; quelques jours après leur arrêt, survient un écoulement sanguinolent qui est peu important, mais qui dure assez longtemps, le dernier a persisté pendant quinze jours. Au toucher vaginal, on trouve un utérus globuleux, nettement augmenté de volume et que l'hystéromètre fait

saigner. Craignant un néoplasme du corps utérin, le Dr Chaliar pratique le 13 janvier 1937 une hystérectomie abdominale totale, avec suture vaginale complète, sans drainage.

C'est au cours de cette opération qu'après avoir reconnu des annexes droites normales et un utérus scléreux, triplé de volume, le Dr Charier crut tout d'abord à une absence complète des annexes gauches. Cependant, il existait un petit moignon tubaire très net, appendu à la corne utérine gauche, et long d'environ un centimètre.

Le chirurgien reconnut les annexes, complètement détachées de l'utérus et adhérentes dans le Douglas : l'ovaire était très atrophié, presque rudimentaire ; la trompe était convertie en un hydro-salpinx des dimensions du petit doigt. Ces annexes furent extirpées et on termina par une greffe de l'ovaire droit, sain, dans la grande lèvre droite, à la Douay.

L'utérus ouvert ne présentait pas de néoplasme ; il s'agissait d'un utérus uniquement fibreux, hyperplasié, avec sclérose surtout isthmique.

Il s'est agi sans aucun doute chez cette malade d'une amputation des annexes par torsion, analogue aux cas que vient de décrire tout récemment M. Regad. Dans le passé génital de cette femme, on ne trouve pas d'épisode aigu susceptible de cadrer avec ce que nous savons de ces torsions annexielles terminées par leur amputation et leur chute dans le cul-de-sac de Douglas. Cette malade a affirmé n'avoir jamais été obligée de garder le lit, en dehors de ses couches et de sa fausse-couche ; elle s'est souvenue seulement d'avoir eu, il y a sept ou huit ans, sans le moindre vomissement et sans la moindre cessa-

tion de son travail de cultivatrice, qu'elle faisait pourtant avec peine, ce qu'elle appelle des « coliques de bas-ventre » qui auraient duré plusieurs jours et auraient été assez pénibles. Selon toute vraisemblance, c'est bien à ce moment que ses annexes gauches se seraient tordues et se seraient détachées de l'utérus.

C. — TROISIÈME CATÉGORIE DE FAITS : *les annexes libérées ne contractent aucune adhérence vasculaire, elles se nécrosent et sont résorbées. On ne les retrouve plus à l'examen* et le chirurgien hésite à invoquer un processus récent, penchant alors pour une absence congénitale.

Les deux observations de Michon en sont un bel exemple :

OBSERVATION 1 (Michon).

Protocole opératoire : Utérus petit, sans malformations extérieures. L'annexe gauche est normale, mais l'annexe droite manque totalement. Il n'y a pas trace d'ovaire ni à la vue ni à la palpation du ligament large et du péri-toine postérieur.

La trompe n'est représentée que par un moignon de quelques millimètres attaché à une corne bien constituée. En outre, nous remarquons que le péri-toine du ligament large droit présente par places des plaques nacrées et un état cicatriciel. Il existe un uretère et un rein droit.

Symplectomie hypogastrique péri-artérielle et appendicectomie complémentaires.

OBSERVATION 2 (Michon).

Un peu de sérosité dans le péritoine qui a un aspect lavé. Utérus en rétroflexion complète, mobile. Derrière lui se trouve l'ovaire droit prolabé, gros, porteur d'un petit kyste que l'on énuclée. Trompe normale.

Il n'y a pas d'annexes gauches, la trompe n'est représentée que par un moignon borgne de un centimètre. A son contact se trouve un petit corps blanchâtre et irrégulier qui peut correspondre à l'ovaire. En outre, à la face antérieure du ligament large se trouvent des brides étoilées, d'aspect nacré, cicatriciel, et deux petites formations kystiques que l'on envoie à l'examen histologique avec le fragment d'ovaire rudimentaire. On note qu'il y a un rein gauche. Ligamentopexie. Guérison.

Examen histologique : 1° Les formations kystiques péritonéales correspondent à de petits kystes à cavité unique, à paroi interne bordée d'un épithélium tantôt cubique, tantôt cylindrique, parfois caliciforme. Le tissu conjonctif qui borde la paroi externe est disposé en couches lamelleuses.

En somme, petits kystes uniloculaires, d'origine wolffienne probable.

2° Sur le fragment correspondant à l'ovaire droit se voit un corps jaune typique, fragment d'ovaire ayant conservé sa fonction endocrine.

* * *

Nous venons de voir au cours de notre étude sur le devenir des annexes tordues, qu'on peut observer tous

les degrés, depuis la simple amputation jusqu'à la disparition presque complète.

Les deux observations que nous apportons seraient deux observations de *disparition complète*, l'une avec la trace persistante de la réaction péritonéale qui a dû accompagner la torsion et la résorption annexielle, en en indiquant la marche probablement aiguë (observation I), l'autre avec un syndrome clinique douloureux périodique, localisé au côté lésé et de longue durée, expliquant l'absence de toute séquelle péritonéale.

Au cours de notre étude, nous avons remarqué que nos deux observations personnelles diffèrent des observations trouvées dans la littérature par les trois caractéristiques suivantes :

- 1^o absence complète de tout moignon tubaire au niveau de la corne utérine ;
- 2^o absence complète de toute trace des annexes, même au niveau du ligament large ;
- 3^o état de gravidité.

Une objection pourrait nous être faite : à savoir que nos cas sont peut-être des cas de *malformation congénitale des annexes* ? Nous répondrons à cette objection par les arguments dont Regad s'est servi pour faire la critique d'une observation publiée par Funck-Brentano sous le titre d' « Absence congénitale de l'ovaire droit ».

Dans cette observation, l'auteur raconte que, chez une femme, l'examen clinique ayant révélé l'existence

d'un kyste ovarien gauche volumineux, l'intervention permit de vérifier l'exactitude du diagnostic et montra en outre l'absence de l'ovaire droit, sans ovaire rudimentaire ni mésovarium, le faîte du ligament large étant parfaitement lisse. L'utérus était de dimensions et de situation normales, par contre, la trompe droite se terminait en cul-de-sac sans présenter de pavillon ni de frange. Un dessin parfaitement explicite accompagnait l'observation.

Nous ne sommes pas d'accord avec l'auteur pour admettre le caractère congénital de cette absence ovarienne qui est tout à fait exceptionnelle dans ces conditions.

L'amputation tubaire partielle et sa coexistence avec l'absence de l'ovaire signe, à notre avis, l'origine mécanique des accidents, par torsion du pédicule, comme dans les observations précédentes de Michon. Ces observations sont superposables. Dans chacune existe une absence unilatérale presque totale des annexes, la partie restante de la trompe étant figurée par un moignon plus ou moins long, appendu à la corne utérine.

La nature congénitale de l'anomalie observée peut en outre, comme l'a montré Regad, être combattue par des considérations d'ordre strictement embryologique.

L'aplasie des canaux de Müller qui expliquerait l'absence totale, ou partielle, des trompes aboutit toujours à l'absence ou à l'aplasie de tout le tractus géni-

tal du côté intéressé. Il ne devrait donc rester, dans ce cas, qu'un utérus unicorne.

Or, dans les cas rapportés par Michon, ainsi que dans nos 2 cas, l'utérus était normal.

Aucune raison embryologique ne peut donc expliquer une aplasie élective qui aurait empêché le développement de l'extrémité supérieure des canaux de Müller en ménageant cependant celui de l'extrémité inférieure correspondant à l'utérus dont la symétrie est indiscutable. De plus, comme l'observe M. Funck-Brentano, l'absence congénitale de l'ovaire s'accompagne en général de nombreuses autres malformations également congénitales (spina bifida, hydrocéphalie, imperforation anale, absence des reins et uretère correspondants) dont on ne retrouve aucune dans les observations citées.

Enfin, en admettant que, congénitalement, la trompe manque avec l'ovaire, cette simultanéité de défaut de deux organes ayant une origine embryologique différente (canal de Müller et éminence génitale du corps de Wolf) est bien paradoxale et difficile à admettre.

La seule objection sérieuse qui pourrait être faite à mes observations personnelles, c'est qu'il n'existait dans les deux cas aucun débri tubaire appendu à la corne utérine.

Mais pourquoi ne pas admettre que tous les degrés de résorption des annexes amputées puissent s'observer jusqu'à disparition complète du moignon d'implantation ? Surtout si l'on envisage la possibilité

pour le résidu tubaire très atrophié d'être en quelque sorte incorporé dans la corne utérine distendue par l'état de gravidité, au point de devenir inapparent.

C'est précisément la disparition complète possible des annexes d'un côté, comme dans nos deux observations, qui nous a conduit à désigner ces amputations annexielles spontanées sous le nom de faux hémi-utérus.

Conclusion.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dégager de cette étude les conclusions suivantes :

1° L'absence unilatérale des annexes n'implique pas forcément l'idée d'une malformation utérine. Nous donnons le terme de *faux héli-utérus* pour les distinguer des utérus unicornes.

2° Cette absence des annexes avec un utérus normal ne peut s'expliquer que par la torsion des annexes, qui survient à tous les âges de la vie, peut aboutir à leur amputation, tantôt après l'évolution clinique d'un syndrome torsionnel plus ou moins typique, tantôt sans manifestations appréciables ;

3° Ce fragment annexiel libéré peut, soit se fixer dans le voisinage, soit se greffer sur l'épiploon, soit enfin disparaître, en général, sans laisser de traces. L'ovaire manque alors complètement et, le plus souvent, ce qui reste de la trompe amputée, justification de son intégrité antérieure, est réduit à un moignon plus ou moins long, fixé à la corne utérine ;

4° Exceptionnellement, la trompe peut disparaître totalement sans laisser de traces au niveau de la corne utérine ;

5° Dans tous les cas, la corne utérine correspondante est normale.

Vu : le Président de la thèse,
M. COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY. — Torsions des kystes ovariens. *Thèse de Paris*, 1901.
- AUVREY. — Torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, 1912, t. I, 7 juillet.
- BOURSIER et AUVREY. — Torsion des annexes saines. *Précis de gynécologie*, t. II.
- CHALOT. — *Annales gynécologiques*, 1887, p. 161.
- COHEN. — Torsion des annexes de l'utérus avant la puberté. *The journal of the american medical association*, vol. LXXX, n° 6, 10 février 1923.
- COIGNERAI. — La torsion du pédicule ovarien. *Thèse de Paris*, 1902.
- DYROF. — Péristaltisme tubaire. *Zentralblatt für gynäkologie*, n° 34, 22 août 1925.
- ESCANDE. — Contribution à l'étude de la torsion tubaire. *Thèse de Paris*, 1926.
- FORGUE et MASSABUAU. — Torsion des annexes. *Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet.
- GOLSCHMANN. — Tumeurs solides à pédicules tordus. *Thèse de Paris*, 1908.
- GROSSMANN. — Sur le mécanisme de la torsion tubaire. *Zentralblatt für gynäkologie*, Leipzig, 2 mai 1925, n° 18.
- HALM. — Sur la torsion des trompes. *Zentralblatt für gynäkologie*, Leipzig, 30 mai 1925, n° 22.
- HAUSEN. — Torsion de la trompe avec hématome. *Zentralblatt für gynækal.*, 1922, n° 18.
- HEURTEAUX. — *Société de Chirurgie*, 1886, p. 747.
- JAYLE et BENDER. — Torsion des pédicules des tumeurs solides de l'ovaire.
- JEFFERSON. — Torsion de la trompe. *The british medical journal*, Londres, n° 3391, 28 déc. 1925.

- LAURAN DAMER. — Torsion des trompes. *American journal obstetrica and gynecol.*, Saint-Louis, vol. 11, n° 3, 3 mars 1925.
- MAC IBRAY (Louis). — Torsion de la trompe, son rôle dans l'étiologie de l'hématosalpinx, en dehors de la grossesse ectopique. *Journal of obstetrica and gynecol. of the britishr suppice*, t. XV, n° 6, décembre 1910, p. 368.
- MAUCLAIRE. — Contractions péristaltiques et antipéristaltiques des trompes de Fallope. *Gazette des Hôpitaux*, 31 mars 1926.
- MÉRIEL et BAILLAT. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse*, séance du 13 mai 1925.
- MOREAU et VAN BOGAERT. — *Archives franco-belges de Chirurgie*, novembre 1923.
- NORRIS. — Un cas de torsion des annexes normales. *The american journal of obstetrica and diseas of women and children*, t. LXIII, n° 5, mai 1911.
- ORTNER. — Torsion de la trompe utérine. *Société d'obstétrique et de gynécol. de Vienne*, n° 29, 17 juillet 1909.
- POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, t. II.
- REGAD. — Absence unilatérale des annexes et les amputations par torsion. *Gynécologie et Obstétrique*, 7 décembre 1937, p. 522.
- ROCHER et JEANNENAY. — Torsion de la trompe. *Société nationale de Chirurgie de Paris*, 24 février 1926.
- ROKITANSKY. — *Allgem. Vien. med. zeit.*, 1860.
- TERRILLON. — *Deuxième Congrès de Chirurgie*, in *Revue de Chirurgie*, 1887.
- VINCENT. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu et rompu. *Lyon Médical*, 10 février 1901.
- WELLS (J. J.). — Volvulus de la trompe de Fallope. *The journal of american medical association de New-York*, vol. LXXXIII, n° 1, 5 juillet 1924.

